
Elternfragebogen für die Vorsorgeuntersuchung U7 (21.-24. Lebensmonat)

Liebe Eltern und Familien,
viele Verhaltensweisen eines Kindes lassen sich in einer kurzen Untersuchungssituation nicht beobachten. Dabei sind es aber oft gerade diese Verhaltensweisen, die Aufschluss über die Entwicklung des Kindes geben können. Neben der eigentlichen ärztlichen Untersuchung, besitzen daher die elterlichen Beobachtungen für die Gesamtbeurteilung der Entwicklung einen hohen Stellenwert. Wir bitten Sie den folgenden Elternfragebogen im Vorfeld der Vorsorgeuntersuchung zu beantworten und diesen, neben dem gelben Vorsorgeheft und dem Impfausweis, zum Vorsorgetermin mitzubringen. Nicht alle Fragen müssen bzw. sollen bei einem normal entwickelten und gesunden Kind mit „Ja“ beantwortet werden, versuchen Sie den Fragebogen daher ehrlich und vollständig zu beantworten.

Die Fragebögen aller Vorsorgen stehen Ihnen auch zum vorigen Ausdruck auf unserer Homepage zur Verfügung („Links & Downloads“). Alle Angaben sind natürlich freiwillig, Fragen zu denen Sie keine Angaben machen möchten, lassen Sie einfach frei.

Name des Kindes: _____

Ernährung / Ausscheidung / Wachstum

		Ja	Nein
1.	Sind Sie mit dem Essverhalten / Trinkverhalten Ihres Kindes zufrieden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Bekommt Ihr Kind eine normale Mischkost?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Isst Ihr Kind am Tisch mit der Familie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Isst Ihr Kind mit normalem Appetit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Hat Ihr Kind regelmäßig und ohne Beschwerden Stuhlgang?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Ist der Stuhlgang von normaler Konsistenz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Erhält Ihr Kind eine tägliche Vitamin D Prophylaxe?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Erhält Ihr Kind eine tägliche Fluoridprophylaxe oder Fluoridzufuhr über die Zahnpasta?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Empfinden Sie Ihr Kind als zu dick oder zu dünn?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	Empfinden Sie Ihr Kind als zu groß oder zu klein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sehvermögen

		Ja	Nein
1.	Erkennt Ihr Kind Sie bereits aus mehreren Metern?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Untersucht Ihr Kind Objekte im nahen Blickfeld?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Reagiert Ihr Kind auf von rechts und links hingehaltene Gegenstände?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Beobachten Sie flüssige Blickfolgebewegungen in allen Distanzen und Richtungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Findet und untersucht Ihr Kind kleine Gegenstände z.B. Flusen oder Krümel?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Greift Ihr Kind zielsicher nach Gegenständen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Beobachten Sie ein vereinzelt oder dauerhaftes Schielen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Hörvermögen

		Ja	Nein
1.	Reagiert Ihr Kind auf seinen Namen in normaler Ansprache ohne vorigen Blickkontakt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Reagiert Ihr Kind auf leise Geräusche? (z.B. Flüstern oder entferntes Bellen eines Hundes)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Beobachten Sie eine gerichtete Blick-/Kopfwendung in Richtung von Geräuschquellen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Motorik

	Grobmotorik	Ja	Nein
1.	Kann Ihr Kind frei und sicher gehen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Kann Ihr Kind rennen und dabei einen Richtungswechsel vollziehen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Kann Ihr Kind auf dem Boden liegende Gegenstände aus der Hocke aufheben? [GS Michaelis]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Kann Ihr Kind (mit Festhalten, an der Hand) im „Nachstellschritt“ Treppen steigen? [GS Michaelis]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Kann Ihr Kind einen Ball schießen [GS ET 6-6] und werfen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Kann Ihr Kind einen kurzen „Zweibeinsprung“?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Feinmotorik	Ja	Nein
1.	Nutzt Ihr Kind Besteck und Tasse bei Tisch?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Beobachten Sie einen Wechsel von Objekten von einer in die andere Hand?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Füllt und entleert Ihr Kind Behälter?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Untersucht Ihr Kind Gegenständen ausdauernd und dreht dabei Objekte in den Händen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

		Ja	Nein
5.	Beobachten Sie einen sog. „Pinzettengriff“ mit Spitze von Daumen und Zeigefinger? [GS Michaelis]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Öffnet und untersucht Ihr Kind gerne Schubladen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Kann Ihr Kind mit einem Stift kritzeln (z.B. im Faustgriff)? [ET 6-6]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Zeigt Ihr Kind mit dem Zeigefinger auf Gegenstände?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Baut Ihr Kind Türme mit 3 Bausteinen? [GS Michaelis + ET 6-6]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Schlafverhalten

		Ja	Nein
1.	Sind Sie zufrieden mit dem Einschlaf-/Schlafverhalten Ihres Kindes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Bestehen Ein- oder Durchschlafprobleme?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Kommt es regelhaft zu nächtlicher Nahrungsaufnahme?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Kommt es zu regelmäßigen nächtlichen Unruhephasen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Soziale Interaktion (nach F. Petermann & T. Macha)

		Ja	Nein
1.	Reagiert Ihr Kind auf ein ruhig gesprochenes „Nein!“ und hält einen Augenblick lang in seiner Tätigkeit inne?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Versucht Ihr Kind seine Wünsche in ruhiger Art (ohne schreien oder weinen) durch Mimik, Gestik oder Laute, aber anders als durch bloßes „Drauf-zeigen“, zu äußern?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Ergreift Ihr Kind Ihre Hand oder Kleidung und versucht, Sie irgendwo hinzuziehen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Antwortet Ihr Kind einem Gleichaltrigen durch Gesten oder einen Zuruf?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Spielt Ihr Kind in der Nähe eines gleichaltrigen Kindes und imitiert das Spiel des anderen Kindes, ohne mit dem Kind zusammenspielen (beide spielen das Gleiche, aber jeder für sich allein; sog. Parallelspiel)? [GS Michaelis]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Spielt Ihr Kind mit einem anderen Kind gemeinsam ein Spiel (mindestens 5 Minuten; kommunizieren dabei miteinander und tauschen Gegenstände aus)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Möchte Ihr Kind ohne fremde Hilfe Essen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Möchte Ihr Kind in der Öffentlichkeit Dinge alleine probieren und entfernt sich dafür von Ihnen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Kann Ihr Kind seinen Willen durch „Nein“ sagen äußern (schüttelt dabei z.B. auch den Kopf und sagt „Nein“)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	Distanziert sich Ihr Kind manchmal phasenweise gezielt und bewusst von Ihnen, indem es demonstrativ Interaktion, Essen oder Körperkontakt verweigert oder den Kopf schüttelt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

		Ja	Nein
11.	Ist Ihr Kind sensibel für Lob und Tadel und erprobt dabei wie weit es gehen kann?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	Lehnt Ihr Kind Ihre Hilfe ab, obwohl es etwas nicht alleine kann, bzw. besteht auf Ihre Hilfe, obwohl es etwas alleine könnte (quengelt oder trotzt dabei)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.	Kann Ihr Kind bei alltäglichen Ärgernissen allermeist innerhalb von ca. 3 Minuten Trost wieder beruhigt werden? [GS Michaelis]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Lebenspraktische Fertigkeiten (nach F. Petermann & T. Macha)

		Ja	Nein
1.	Geht Ihr Kind vorwärts eine Treppe hinunter, evtl. mit Festhalten am Geländer und/oder an der Hand eines Erwachsenen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Bewegt sich Ihr Kind mit einem Dreirad, Bobbycar, o.ä. vorwärts durch Abstoßen mit den Füßen und gleichzeitigem Lenken?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Kann ihr Kind rennen (mit deutlichem Armschwung), umsteuert dabei Hindernisse und kann plötzlich anhalten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Kann Ihr Kind eine Treppenstufe hinunterspringen, mit beiden Füßen zugleich?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Gelang Ihr Kind eigenständig auf eine niedrige Schaukel?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Kann Ihr Kind eigenständig eine Buchseite aus Papier einzeln umblättern?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Holt sich Ihr Kind ein Stuhl o.ä., um an etwas heranzukommen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Ahmt Ihr Kind Wörter nach, die nicht oft benutzt werden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Hört Ihr Kind mindestens 5 Minuten aufmerksam einer vertrauten Geschichte zu (keine Lieder)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	Verwendet Ihr Kind gezielt das Wort „Mama“ oder „Papa“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	Benutzt Ihr Kind mindestens zehn einzelne Wörter so, dass sie auch von Fremden verstanden werden? [GS Michaelis + ET 6-6]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	Verwendet Ihr Kind Zwei-Wort-Äußerungen, wie z.B. „Mama kommen“, „Das kalt“ oder „Nicht Banane“?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.	Isst Ihr Kind selbständig mit einem Löffel (kleckern erlaubt)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.	Trinkt Ihr Kind selbständig und sich aus einer Tasse oder einem Glas, ohne etwas zu verschütten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.	Kooperiert Ihr Kind beim Zähneputzen, öffnet z.B. den Mund und ermöglicht, die Zähne lang genug zu putzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16.	Macht Ihr Kind Sie auf beschmutzte oder nasse Windeln aufmerksam?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

		Ja	Nein
17.	Wäscht sich Ihr Kind selbstständig die Hände mit Seife und spült mit Wasser (ein Erwachsener öffnet und schließt ggf. den Wasserhahn)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18.	Steckt Ihr Kind beim Anziehen selbst die Arme und Beine in die entsprechenden Öffnungen der Kleidungsstücke?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.	Holt sich Ihr Kind, ggf. nach Ihrer Erlaubnis, selber etwas zu essen oder zu trinken aus dem (Kühl-)Schrank?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sprachbeurteilung durch Eltern Kurztest (SBE-2-KT)

Bitte kreuzen Sie alle die Wörter an, die Sie häufiger von Ihrem Kind gehört haben. Dabei sollten aber nur Wörter angekreuzt werden, die Ihr Kind selbst verwendet und nicht solche, die es nur nachspricht oder nur versteht.

Kreuzen Sie bitte auch Wörter an, die Ihr Kind etwas anders ausspricht (z.B. „nane“ statt „Banane“ oder „Tuchen“ statt „Kuchen“). Falls Ihr Kind ein ähnliches Wort benutzt (z.B. „Mieze“ für „Katze“), schreiben Sie dies bitte daneben.

Noch ein Hinweis: Der Wortschatz von zweijährigen Kindern ist sehr unterschiedlich. Es kann also durchaus sein, dass Ihr Kind nur einige dieser Wörter spricht. Auch wird es vermutlich noch andere, hier nicht aufgeführte Wörter sprechen.

- | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> hallo | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| <input type="radio"/> Auto | <input type="radio"/> Opa | <input type="radio"/> Ball |
| <input type="radio"/> danke | <input type="radio"/> O mein | <input type="radio"/> O bitte |
| <input type="radio"/> O Boot | <input type="radio"/> O Buch | <input type="radio"/> O Zug |
| <input type="radio"/> O Apfel | <input type="radio"/> O Banane | <input type="radio"/> O Gurke |
| <input type="radio"/> O Brot | <input type="radio"/> O Butter | <input type="radio"/> O Milch |
| <input type="radio"/> O Kuchen | <input type="radio"/> O Keks | <input type="radio"/> O Eier |
| <input type="radio"/> O Fisch | <input type="radio"/> O Maus | <input type="radio"/> O Baum |
| <input type="radio"/> O Katze | <input type="radio"/> O Pferd | <input type="radio"/> O Hase |
| <input type="radio"/> O Affe | <input type="radio"/> O Bär | <input type="radio"/> O Ente |
| <input type="radio"/> O Hose | <input type="radio"/> O Jacke | <input type="radio"/> O Schuhe |
| <input type="radio"/> O Auge | <input type="radio"/> O Bauch | <input type="radio"/> O Hand |
| <input type="radio"/> O Ohr | <input type="radio"/> O Mund | <input type="radio"/> O Nase |
| <input type="radio"/> O baden | <input type="radio"/> O essen | <input type="radio"/> O malen |
| <input type="radio"/> O Licht | <input type="radio"/> O kalt | <input type="radio"/> O nass |
| <input type="radio"/> O raus | <input type="radio"/> O runter | <input type="radio"/> O weg |
| <input type="radio"/> O Bett | <input type="radio"/> O Stuhl | <input type="radio"/> O Schnuller |
| <input type="radio"/> O Brille | <input type="radio"/> O Haare | <input type="radio"/> O Schlüssel |
| <input type="radio"/> O Tür | <input type="radio"/> O Uhr | <input type="radio"/> O Wasser |

Summer der Wörter _____/57

Sonstige Problemfelder

Welche sonstigen Beobachtungen machen Ihnen bei Ihrem Kind Sorgen?

- keine
- folgende Beobachtungen:

In welchen Bereichen der Versorgung Ihres Kindes fühlen Sie sich aktuell sehr stark gefordert oder sogar überfordert?

Fragebogen ausgefüllt am: _____, von _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit

Ihr Praxisteam Beck